

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 2

Oświadczam, że personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

- ✓ prowadzi działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego i posiada wpis do właściwego rejestru;
- ✓ rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
- ✓ zgłosił(a) działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

* proszę niepotrzebne skreślić